NEW YORK STATE | Office for People With Developmental Disabilities

학생/부모/보호자용 동의서

다음 목적을 위해 교육 및 건강 기록을 공개하는 것에 동의합니다:

- OPWDD 서비스 자격 여부 판단
- OPWDD 서비스 대상 학생에 대한 평가 및 OPWDD 서비스 계획 수립 지원

해당 학생의 재학 형태: ☐ **통학 학생** ☐ **기숙형 학교 재학생**

_____ _____ 학생 또는 해당

학생 이름 학생 생년월일

학생의 부모/보호자는 ...가 보유하고 있는 기록 및 정보의 공개에 동의합니다

_____ 그리고 _____

학교 지역 교육구

뉴욕주 발달장애인국(OPWDD) 직원 및 OPWDD를 대리하여 업무를 수행하는 모든 기관에 대하여, 학생의 OPWDD 서비스 자격 여부를 판단하고 학생의 OPWDD 서비스 필요에 대한 평가 및 계획 수립을 개시하기 위한 목적으로 기록 및 정보를 공개하는 것에 동의합니다.

공개되는 기록 및 기타 정보에는 다음 사항이 포함되며, 이에 한정되지 않습니다: 학생 및 가족의 연락처 정보; 관할 교육구 및 사회복지 행정기관; 교육 기록; 심리 평가 및 기타 평가 자료; 발달 이력 및 사회적 이력; 의료 요약 자료 및 기타 건강 관련 정보; 적응 기능 평가 및 관련 보고서; 개별화 교육 프로그램(IEP); 경과 기록; OPWDD 자격 판단과 관련된 정보; IEP 회의 및 기타 관련 회의 참석을 포함한 전환 계획 관련 정보. 이는 현재의 기록뿐만 아니라 과거의 기록 및 기타 모든 관련 정보를 포함합니다.

_____ _____

학생/부모/보호자 서명 학생과의 관계

_____ _____

학생/부모/보호자 성명(정자) 날짜

_____

이메일 주소

_____

전화번호

_____

도로명

_____

도시명, 주, 우편번호